

## CONDICIÓN ESPECÍFICA TRASPLANTES DE ÓRGANOS

---

### Cláusula 1 – RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta Condición Específica cuando el Asegurado acredite haber sido trasplantado de alguno de los siguientes órganos:

1. Médula Ósea (como consecuencia de patologías primarias de la misma)
2. Corazón
3. Corazón - Pulmón
4. Hígado
5. Riñón
6. Páncreas
7. Pulmón o Bipulmón
8. Córnea

y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar el trasplante de órganos humanos se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en la presente Condición Específica y durante su vigencia. **No se cubrirán condiciones preexistentes, declaradas o diagnosticadas, a la fecha de inicio de vigencia de la presente Condición Específica para cada Asegurado, que sean causa de un trasplante futuro.**

Se establece un plazo de carencia de 120 (ciento veinte) días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Condición Específica para cada Asegurado para el caso de trasplantes por enfermedad, durante el cual la cobertura de cada Asegurado debe estar en vigencia ininterrumpidamente. Este plazo deberá ser cumplimentado nuevamente si el Asegurado ingresa al seguro luego de haber estado interrumpido en su vigencia por un período mayor a 6 (seis) meses, independientemente de los requisitos de asegurabilidad que exija la Aseguradora en tal caso.

El referido plazo de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el trasplante se origine como consecuencia de un accidente.

### Cláusula 2 – BENEFICIO

La Aseguradora, comprobado el trasplante de órganos humanos descrito en la “Cláusula 1 – RIESGO CUBIERTO” de la presente Condición Específica, abonará las sumas indemnizatorias que se estipulen en las Condiciones Particulares. El importe será abonado dentro del plazo de 30 (treinta) días desde que se realizará la denuncia, según el trasplante que se haya efectuado.

Queda entendido y convenido que ningún pago se hará efectivo bajo esta Condición Específica luego de finalizada la vigencia del certificado individual o de la póliza, según el caso, salvo que existan beneficios pendientes de pago cubiertos por la presente Condición Específica a la fecha de tal rescisión.

### Cláusula 3 – CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por la presente cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

La cobertura sólo operará cuando se verifiquen las siguientes condiciones:

- a) que la patología del órgano a trasplantar sea de carácter irreversible y total;
- b) que el trasplante sea el único recurso terapéutico para la recuperación de las funciones del órgano;
- c) que el trasplante se efectuará mediante la ablación del órgano de un donante vivo o fallecido para su implante en la persona del Asegurado.

Para cualquier solicitud de indemnización por trasplante indicado en el presente contrato es condición ineludible e indispensable que el asegurado de cumplimiento a las disposiciones legales correspondientes al país donde se realice el Trasplante.

La presente cobertura dejará de ser renovada a partir del momento en que el Asegurado hubiera percibido el beneficio correspondiente a cualquiera de los trasplantes amparados por este seguro.

Se entiende por Trasplante:

- De Médula Ósea: Trasplantes de médula ósea sólo cuando sea la última alternativa posible para la vida de personas con las siguientes patologías:

Médula Ósea Autóloga:

- Linfoma no Hodking, estadio III A o B estadio IV a o B
- Linfoma de Hodking, estadio III A o B o estadio IV A o B
- Leucemia linfocítica aguda posterior a primera o segunda remisión.
- Leucemia aguda no linfocítica posterior a la primera o segunda remisión.
- Tumores de células embrionarias

Médula Ósea Alogénica:

- Anemia Aplástica
- Leucemia linfocítica o linfoblástica Aguda
- Inmunodeficiencia combinada
- Síndrome de Wiskott- Aldrich
- Osteoporosis Infantil Maligna
- Leucemia Miclogena Crónica (LMC)
- Neuroblastoma, estadio III o IV en niños de más de 12 meses de edad.
- Talasemia Mayor (Talasemia Homocigota)
- Linfoma de Hodking, estadio III A o B o estadio IV a o B
- Linfoma no Hodking, estadio III A o B o estadio IV a o B

**Se excluye la cobertura de este trasplante en el caso de tumores de cualquier otro órgano o sistema, así como los trasplantes de médula como terapéutica de rescate de tumores sólidos. Además, se encuentran excluidos y no serán autorizados los trasplantes de médula con fines experimentales.**

- Cardíaco: Trasplante de corazón proveniente de un dador en personas que presenten insuficiencia terminal irreversible con severo deterioro de la salud y compromiso de vida, siempre y cuando hayan agotado todos los tratamientos alternativos disponibles.
- De pulmón o bipulmón: Trasplante de uno a ambos pulmones, para personas con lesiones traumáticas o degenerativas, siempre que sea la última alternativa posible para mantener la vida.
- Cardiopulmonar (Bloque): Trasplante de ambos órganos, para personas con lesiones traumáticas o degenerativas, siempre que sea la última alternativa posible para mantener la vida.

- **Hepático:** Trasplante de hígado en personas que presenten insuficiencia hepática crónica terminal o aguda terminal, no tumoral, siempre y cuando se hayan agotado todos los tratamientos alternativos disponibles.
- **De Páncreas:** Trasplante de páncreas, para personas con lesiones traumáticas o degenerativas, siempre que sea la última alternativa posible para mantener la vida
- **Renal:** Trasplante de riñón -proveniente de dador vivo o cadavérico- en personas con insuficiencia renal crónica, no portadoras de tumores en general que se encuentren en tratamiento de diálisis crónica (hemodiálisis o diálisis peritoneal).
- **De Córnea:** Trasplante de ambas córneas para personas con lesiones traumáticas o degenerativas, sin otra alternativa terapéutica para mantener o recuperar la visión.

#### Cláusula 4- ALCANCE GEOGRÁFICO

Los Trasplantes deberán ser realizados en establecimientos de la República Oriental del Uruguay, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluida cualquier indemnización por Trasplantes que no cumpla con estos requisitos.

#### Cláusula 5 – RIESGOS NO CUBIERTOS

**Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en la “Cláusula N° 9 – RIESGOS EXCLUIDOS” de las Condiciones Generales de la presente póliza, la Aseguradora no pagará la indemnización cuando el trasplante de órgano sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:**

- Fueran consecuencia inmediata o mediata de la utilización de medicamentos no aprobados por la autoridad competente en materia de control de drogas y medicamentos;**
- No hubieran sido prescritos como única terapéutica de sobrevivencia de la enfermedad**
- Estuvieran asociados a implantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios**
- Consistieran en una homologación u operación distinta de los Trasplantes de órganos humanos estipulados, al igual que todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión de órganos.**
- Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Condición Específica para cada Asegurado, que sean causa de un trasplante futuro.**
- Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de un trasplante se produce durante el período de carencia de 120 (ciento veinte) días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Condición Específica para cada Asegurado. El referido plazo de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el trasplante se origine como consecuencia de un accidente.**
- Se excluyen trasplantes de médula ósea indicados como consecuencia de aplasias medulares provocados por tratamientos oncológicos que requieran autotrasplante de células medulares. Sólo están incluidos los trasplantes de médula ósea definidos en la Cláusula 3° de la presente Condición Específica.**
- Quedan excluidas del beneficio aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de trasplante de órganos en tratamientos oncológicos de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas.**
- Se excluyen trasplantes de Sten Cell o Células Madres con cualquier finalidad.**

#### Cláusula 6 – DENUNCIA DEL TRASPLANTE

Complementariamente a lo estipulado en la “Cláusula 24 - CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO” de las Condiciones Generales, para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, corresponde al Tomador o al Asegurado -o a su representante-, según corresponda:

- a) **Informar directamente a la Aseguradora cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de un trasplante de órganos dentro de los 5 (cinco) días corridos de haber sido notificados del mismo. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta cobertura. El plazo se interrumpe por razones de fuerza mayor o caso fortuito debidamente acreditados;**
- b) Suministrar la documentación detallada a continuación, en concordancia con lo establecido en las Condiciones Generales:
  - a. Certificado médico que acredite el diagnóstico y el tratamiento indicado al Asegurado. **Se deja expresamente aclarado que la Aseguradora no aceptará como válidas las constancias que:**
    - i. **Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o integrante de la unión convivencial y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad;**
    - ii. **Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales, es decir medicina alternativa o complementaria, entendiéndose por tal aquel conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.**
  - b. Copia de historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por Establecimientos Asistenciales legalmente autorizados.
  - c. Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes y a los Establecimientos Asistenciales para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta cobertura.
  - d. Facilitar cualquier otra documentación razonable que la Aseguradora considere necesaria.

La Aseguradora, por su parte, se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas. Será requisito indispensable para la obtención de los pagos previstos en esta cobertura, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

**El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si él o el Tomador dejan de cumplir maliciosamente con el suministro de información necesaria o emplean comprobantes falsos.**

#### Cláusula 7 – ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las 24 (veinticuatro) horas del día y esté equipado para cirugía menor y mayor.

La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento Asistencial queda librada a la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

Para cualquier solicitud de indemnización por esta Condición Específica es condición ineludible que la prestación correspondiente a la presente cobertura se efectúe en Establecimientos Asistenciales habilitados para tal fin, como se detalla en las Condiciones Generales de la presente Póliza en su “Cláusula 6 - ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL”.

#### Cláusula 8 – MODIFICACIONES O ACTUALIZACIONES DE COBERTURA

En cada aniversario de la Póliza, en la que se renueve asimismo la cobertura brindada por estas Condiciones Específicas, los beneficios cubiertos por el riesgo de trasplante de órganos de la presente pueden ser modificados, lo que se informará adecuadamente.

La Aseguradora informará al Tomador las nuevas condiciones con una anticipación no menor de treinta (30) días del vencimiento de la vigencia de la póliza a renovar.

Si después de la entrada en vigencia de la presente cobertura se acordara un aumento en el monto de las coberturas aseguradas o alguna extensión de cobertura del seguro a miembros de familia, tales aumentos o extensiones estarán sujetos a los períodos de carencia previstos en la póliza, y a lo que se informe en las respectivas Condiciones Particulares.

#### Cláusula 9 – PLAZOS DE PRUEBA

Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la “Cláusula 6 – DENUNCIA DEL TRASPLANTE” de la presente Condición Específica no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de 30 (treinta) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

#### Cláusula 10 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta Condición Específica cesará en las siguientes circunstancias:

##### Seguros Colectivos y Seguros Individuales

- a. Cuando se rescinda o caduque la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;
- b. En los siguientes casos:
  - a. Para el Asegurado Titular: a partir del día en que el Asegurado cumpla la edad establecida como límite de permanencia en las Condiciones Particulares;
  - b. Para el cónyuge: a partir del día en que cumpla la edad establecida como límite de permanencia en las Condiciones Particulares;
  - c. Para los hijos Asegurados: a partir del día en que cumplan 21 años de edad, contraigan matrimonio o cuando adquieran su independencia económica. En el primer caso, los hijos del Asegurado Titular continuarán cubiertos hasta el día en que cumplan 24 años de edad siempre que acrediten fehacientemente su condición de estudiantes regulares mediante la presentación de certificado emitido por establecimiento educativo oficial;
  - d. Cuando el Asegurado se haya efectuado un trasplante de acuerdo con lo establecido en la presente Condición Específica.
  - e. En el caso de que el Asegurado Titular ya se haya efectuado un trasplante, por las características de la presente Condición Específica, cada integrante del grupo familiar conservará su cobertura en forma individual e independiente.
- c. Cuando los Asegurados Familiares pierdan su condición de miembros del grupo familiar primario, según se lo definió en la “Cláusula 4 - ASEGURADOS FAMILIARES (Seguros Colectivos)” de las Condiciones Generales de la presente póliza;
- d. Cuando el Asegurado se retire del grupo regido por el Tomador.
- e. En los seguros individuales, cuando el cónyuge y/o los hijos ejerzan la opción de continuidad prevista en la “Cláusula 11 - OPCIÓN DE CONTINUIDAD DE LOS ASEGURADOS FAMILIARES” de las Condiciones Generales, no serán aplicables para ellos los causales de terminación de la cobertura descritos en los incisos B. 1. y B.3. recién mencionadas.

Ante la terminación de la cobertura dejarán de abonarse las primas no vencidas de la cobertura de esta Condición Específica.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.